FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE QUEJAS DEL CONSUMIDOR

Llene este formulario sólo si completó el proceso formal de presentación de quejas y apelación de su plan médico y no está satisfecho con la resolución, o si su plan médico no resolvió su queja dentro de los 30 días. **No obstante, si su queja involucra una amenaza seria e inminente para la salud del paciente, póngase en contacto inmediatamente con la línea de ayuda gratuita de HMO, llamando al (888) 466-2219 o TDD (877) 688-9891.** Escriba a máquina o claramente en letras de molde.

1. Nombre y apellido del reclamante: _____
Número y calle: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: (diurno): _____ (nocturno): _____
Teléfono celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____

2. Nombre, apellido y dirección del paciente: (Sólo si no es el reclamante):

3. Nombre del plan médico: _____
Nombre del grupo médico: _____
Nº del grupo médico: _____
Nº de identificación del paciente (o Nº de miembro): _____
Fecha de nacimiento del paciente: _____

4. ¿Es usted beneficiario de Medi-Cal? Sí No
¿Es usted beneficiario de Medicare? Sí No

5. ¿Presentó anteriormente una queja formal o una apelación ante su plan médico relativa a esta queja?

Si su respuesta es **SÍ**, indique la(s) fecha(s) de contacto: _____
Persona(s) contactada(s): _____
Teléfono: _____

Si su respuesta es **NO**, primero debe completar el proceso formal de presentación de quejas y apelación de su plan médico (vea la sección del Proceso de presentación de quejas del consumidor titulada "How Does the Complaint Process Work?" (¿Cómo funciona el proceso de presentación de quejas?)).

6. **Explique en detalle los hechos esenciales de esta queja. ¿Qué servicio del plan médico no recibió? ¿Qué tuvo de malo el servicio que recibió? ¿Qué problemas tiene con la facturación? Explique quién, qué, dónde, cuándo y cómo. Adjunte fotocopias de toda la correspondencia que recibió del plan y todos los demás documentos que crea que respaldan su queja. Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales. (Se requieren las fechas de servicio e información sobre el proveedor).**

7. **Si su queja es sobre la atención o el tratamiento provisto por un proveedor específico (por ejemplo, un médico, una enfermera o un dentista), ¿autoriza al DMHC a que envíe esta queja a la entidad que tiene a su cargo dicha jurisdicción?**
Sí No

8. **¿Cuál es su diagnóstico vinculado a esta queja?** _____

9. **¿Qué tratamiento(s) recibió en relación con esta queja?**

10. **¿Informó esto a alguna otra entidad gubernamental?**
Sí No
Entidad y número de expediente (si lo conoce):
Entidad _____ Número de expediente _____

11. **¿Tiene algún pleito pendiente?** Sí No
Si existe uno, adjunte una fotocopia de los documentos de la corte y suministre:
Nombre del condado donde lo presentó: _____
Número de caso: _____ **Fecha en que lo presentó:** _____
Nombre y apellido del abogado que lo representó: _____
Teléfono: _____

Entiendo que suministrar la información no es obligatorio, pero no hacerlo puede demorar y hasta impedir la consideración ulterior de una resolución de mi queja. Entiendo que es posible que se envíe una copia de esta queja a mi plan médico.

Firma del reclamante

Fecha

Firma del paciente, si es adulto

Fecha

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar este formulario, llame a la línea de ayuda gratuita de HMO al (888) HMO-2219 o TDD (877) 688-9891.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

_____ *en nombre de* _____
Persona que autoriza la divulgación Paciente
autoriza por la presente a _____

Plan Médico

a que entregue al Departamento de Atención Administrada de la Salud (el Departamento) el o los registros médicos en custodia y/o control del Plan Médico, incluyendo los registros de salud mental pertinentes, relativos a la atención provista al paciente en relación con la queja presentada ante el Departamento.

Esta autorización de divulgación de información puede ser revocada o retirada en cualquier momento y tanto la revocación como el retiro serán aplicables a toda la información que no se haya divulgado previamente al Departamento. Esta autorización caducará al cabo de un año a partir de la fecha indicada a continuación y la fecha de vencimiento será aplicable a toda la información que no se haya divulgado previamente al Departamento. Sus registros médicos sólo se obtendrán si se determina que dicho procedimiento es necesario para completar la revisión de su queja. Dicha información se mantendrá confidencial.

ESTA AUTORIZACIÓN MÉDICA NO ES OBLIGATORIA. SIN EMBARGO, EL HECHO DE QUE NO FIRME ESTA AUTORIZACIÓN PUEDE IMPEDIR QUE LO SIGAMOS ASISTIENDO CON SU QUEJA.

Firma del reclamante

Fecha

Firma del paciente, si es adulto

Fecha

Si llena esta autorización en nombre de otro adulto, se requiere la firma de esa persona. Si tiene un poder notarial en nombre de otra persona, entréguenos una copia del documento legal.

Firme el Formulario de presentación de quejas y la Autorización para la divulgación de registros médicos. Adjunte fotocopias de todos los documentos y registros pertinentes, ya que los originales no se pueden devolver.

Envíe estos documentos por fax a: (916) 229-0465 o

por correo a:

Department of Managed Health Care
California HMO Help Center
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814